

事業所、矯正施設、寄宿舍、一般給食センター、その他用

給食施設栄養管理状況報告書

(提出先)
川越市保健所長

年 月 日 提出

施設管理者

職・氏名

栄養管理状況について、次のとおり報告します。

施設の種類別	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 寄宿舍 <input type="checkbox"/> 一般給食センター <input type="checkbox"/> その他 ()								
施設の名称									
施設の所在地	〒								
	電話番号:				E-mail:				
栄養部門の責任者	(所属名)								
	(職名)		(職種)			(氏名)			
報告書作成者	(所属名)								
	(職名)		(職種)			(氏名)			
栄養管理部門の理念・方針・目標									
定員数	人								
管理栄養士必置施設指定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
運営形態	<input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託 (全面委託・部分委託) <input type="checkbox"/> その他 ()								
委託先	名称								
	〒								
	電話番号								
委託先	代表者の氏名								
	<input type="checkbox"/> 献立作成 <input type="checkbox"/> 材料仕入れ <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 下膳 <input type="checkbox"/> 食器洗浄 <input type="checkbox"/> 施設外調理 <input type="checkbox"/> 栄養教育 <input type="checkbox"/> その他 ()								
給食従事職員数	区分		管理栄養士	栄養士	調理師	調理員	事務職員	その他	計
	設置者	常勤							
		非常勤							
	委託先	常勤							
		非常勤							
計									
栄養管理等について検討する会議*	実施	<input type="checkbox"/> 有 (年 回) <input type="checkbox"/> 無							
	構成職種	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 給食担当責任者 <input type="checkbox"/> 管理栄養士・栄養士 <input type="checkbox"/> 調理師・調理員 <input type="checkbox"/> 給食利用者 <input type="checkbox"/> 健康管理担当者 <input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> その他 ()							
1日平均給食数 (6月実施分)	区分		朝	昼	夕	()	()	計	
	合計								

*前年度の実績について記入してください。

